

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 31 Octobre 1907, à 1 heure

PAR

Jean LETTRY

Né le 22 Janvier 1881 à Lorient (Morbihan)

Les Rechutes de la Scarlatine

Président : M. DIEULAFOY, professeur

Juges { MM. JOFFROY, professeur
DUPRÉ, agrégé
RENON, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

—
1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs		M. DEBOVE MM.
Anatomie.....		NICOLAS
Physiologie.....		CH. RICHEL
Physique médicale.....		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.....		GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	DEJERINE
		BRISAUD
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....		CORNIL
Histologie.....		PRENANT
Opérations et appareils.....		QUENU
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET
Thérapeutique.....		GILBERT
Hygiène.....		CHANTEMESSE
Médecine légale.....		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		GILBERT BALLE
Pathologie expérimentale et comparée.....		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale.....	}	DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.....		JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....		LE DENTU
	}	BERGER
Clinique chirurgicale.....		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPPERSONN
Clinique des maladies des voies urinaires.....		ALBARRAN
	}	PINARD
Clinique d'accouchements.....		BAR
Clinique gynécologique.....		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....		ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LANGLOIS	NICLOUX
BALTHAZARD	DEMELIN	LAUNOIS	NOBECOURT
BRANCA	DESGREZ	LECENE	OMBREDANNE
BEZANÇON (FER.)	DUPRE	LEGREY	POTOCKI
BRINDEAU	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BROCA	GOSSET	LCEPER	RENON
BRUMPT	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
CARNOT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFEL, chef
CASTAIGNE	JEANSELME	MARION	des travaux anat.
CLAUDE	JOUSSET	MORESTIN	SICARD
COUVELAIRE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

En terminant nos études médicales et avant d'entreprendre le travail qui constitue le sujet de notre thèse inaugurale, nous sommes heureux de pouvoir apporter l'expression de notre gratitude à tous ceux qui nous ont guidé dans ces études.

Nous nous souviendrons d'abord de nos maîtres de l'Ecole et de l'Hôtel-Dieu de Rennes qui ont formé notre esprit scientifique et dont les leçons et les exemples nous ont conduit au seuil de la pratique médicale.

M. le professeur Follet, dont nous avons été l'externe pendant deux grandes années, dont nous avons aimé suivre par la suite les leçons passionnantes et originales, nous a toujours montré une bienveillance et un intérêt particulier, et nous sommes heureux de pouvoir l'assurer publiquement ici de notre profonde reconnaissance.

Nous n'oublions pas non plus que si nous devons à M. le Dr Véron nos connaissances obstétricales, il nous a continuellement montré lui aussi un intérêt tout spécial et nous lui en adressons nos plus sincères remerciements.

Que M. les professeurs Perrin de la Touche, Dayot, Le Monniet, Le Damany, Lautier consentent à accepter l'hommage de notre respectueuse gratitude.

Pendant un an, M. le Dr Caussade, médecin de l'Hôpital Beaujon, nous a donné chaque jour, au lit du malade, d'excellents préceptes cliniques : qu'il veuille bien agréer notre hommage reconnaissant.

A M. le Dr Griffon, qui nous a guidé dans notre travail, dont l'accueil a toujours été si bienveillant, l'obligeance si infatigable, nous adressons ici un hommage tout spécial.

Nous exprimons toute notre respectueuse gratitude à M. le professeur Dieulafoy qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

LES Rechutes de la Scarlatine

AVANT-PROPOS

Durant l'épidémie actuelle de scarlatine il nous a été donné d'observer chez deux enfants deux cas de scarlatine avec rechute. Nous avons cru pouvoir faire de cette question le sujet de notre thèse. Les recherches que nous avons faites à ce sujet, sous l'inspiration de M. le Dr Griffon, nous ont fait en effet remarquer que, contrairement aux rechutes de la fièvre typhoïde, qui, très bien étudiées, sont actuellement connues et admises de tout le monde, les rechutes de la scarlatine ont été jusqu'à ces temps derniers délaissées et même discutées par certains auteurs. La plupart d'entre eux même, avant Janselme, ne s'entendaient pas sur les termes, et confondaient volontiers récidive, réversion, rechute, pseudo-rechute.

Jeanselme, dans un article sur les « pseudo-rechutes, rechutes et récidives de la scarlatine » paru dans les *Archives générales de Médecine* (1892), établit une distinction nette entre ces différents termes.

La récidive est une nouvelle scarlatine séparée de la première par une guérison complète et définitive. La récidive ne peut donc survenir qu'à une échéance plus ou moins éloignée.

La pseudo-rechute est la réapparition avant la chute de la température de l'exanthème disparu de la scarlatine. Scarlatines à fausses rechutes, scarlatines à réversion sont identiques. Blache et Guersant définissaient en effet ces dernières celles dans lesquelles l'éruption se faisait en deux temps sans que la température disparaisse dans l'intervalle.

La rechute, enfin, dont nous allons nous occuper, est « la reproduction, après l'établissement apparent de la convalescence, de la totalité ou d'une partie des symptômes qui ont caractérisé la première attaque (Jeanselme).

Le Dr Sanné, dans le *Dictionnaire Dechambre*, avait donné de la rechute une définition analogue, mais plus étroite : « Il y a rechute lorsqu'une scarlatine nouvelle bien caractérisée, bien complète en ses symptômes survient pendant la convalescence de la desquamation... »

Grisolle donne de la rechute de la pneumonie une définition qui pourrait également fort bien s'appliquer ici : « Il y a rechute lorsque la maladie repa-

rait, pendant la convalescence, à une époque où celle-ci n'est pas encore achevée. »

En Allemagne Gehhardt définissait les rechutes en s'appuyant sur une règle presque mathématique : « Les vraies rechutes apparaissent dans un espace de temps qui, calculé depuis la première atteinte, n'excède pas sensiblement la durée de l'incubation plus celle de la maladie. » Nous reconnaitrons avec Jeanselme que cette règle a le tort de s'appuyer sur des notions de pathogénie hypothétiques, et de considérer l'incubation et les diverses phases des maladies infectieuses, comme ayant une durée à peu près invariable, ce qui est en contradiction avec les faits.

Devons-nous élargir le cadre des rechutes de la scarlatine pour y faire entrer sous le nom de formes frustes et incomplètes certains cas, dans lesquels le retour des phénomènes généraux et de l'angine n'est pas accompagné d'un nouvel exanthème ? Cette question a été soulevée en 1889 par Dolega qui rapporta deux faits qu'il avait observés, en s'appuyant sur l'existence incontestée de scarlatines, dans lesquelles l'éruption passait inaperçue.

Vu la rareté de telles observations, nous laisserons de côté ces formes frustes tout en acceptant leur possibilité.

Nous nous en tiendrons donc à la définition de Jeanselme : la rechute est « la reproduction après l'établissement apparent de la convalescence de la totalité ou d'une partie des symptômes qui ont caractérisé la première attaque ».

Les traités classiques récents adoptent d'ailleurs cette manière de voir : les articles de Wurtz, Guinon, Sallard signalent tous la rechute vraie de la scarlatine ainsi définie. Moizard (*Traité des maladies des enfants de Grancher-Comby*) conclut même que les rechutes sont rares en France et ne doivent être admises qu'après une critique sévère, maintenant que nous connaissons les éruptions liées à des infections secondaires.

Nous ne nous occuperons donc que des cas de rechutes pouvant rentrer dans cette étroite définition et après avoir dit un mot de l'histoire de la question, nous étudierons leurs causes, symptômes, traitement en nous proposant d'insister plus spécialement sur la pathogénie et le diagnostic.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Nous ne dirons qu'un mot de l'histoire des rechutes dans la scarlatine. Très rares en France d'ailleurs, elles ont été peu étudiées jusqu'au mémoire de Jeanselme (1892). Ce mémoire et la communication de Comby en 1896 à la Société médicale des Hôpitaux constituent les deux faits importants de l'histoire de ces rechutes en France. Les traités classiques du début du xix^e siècle n'en font pas mention. Noiroi, dans son *Histoire de la Scarlatine* (1825), n'en parle pas. Il nous faut arriver à 1843 pour en trouver une observation nette dans le *Traité des maladies de l'Enfance* de Barthez et Rilliet.

En 1844, Blache et Guersant les citent et les croient moins fréquentes que dans la rougeole.

En 1845, *J. Frank* dit avoir été le témoin d'une scarlatine « qui a marché régulièrement à deux reprises » et distingue dans son *Traité de Pathologie interne* la récurrence de la rechute.

En 1871, *Laugier* en rapporte un cas dans la *Gazette des Hôpitaux*. Sanné en fait une brève mention dans son article du *Dictionnaire de Dechambre*.

En 1885, *Bouchut* n'a pas vu un seul cas de récédive ou de rechute de scarlatine. Descroisilles en connaît des exemples incontestables.

En 1892, *Jeanselme* publie son mémoire : *Etude sur les fausses rechutes, les rechutes et les récédives de la scarlatine*, résumant d'une façon complète tout ce qui avait été dit sur la question, et établissant une distinction nette entre les récédives, les rechutes et fausses rechutes de la scarlatine. Nous lui emprunterons d'ailleurs ses définitions.

Après *Jeanselme* la question va se transformer et la communication de *Comby* à la Société des Hôpitaux suscite une ardente discussion : les rechutes de la scarlatine ne sont-elles pas simplement des érythèmes scarlatiniformes dus à de l'infection streptococcique ? Sans nier absolument la possibilité de rechutes dans la scarlatine, *Roger*, *Rendu*, *Béclère* penchent pour cette interprétation qui est repoussée au contraire par *Comby*, *Legendre*, *Lemoine*.

Richardière et *Kauffmann* publient cinq cas de rechutes, observés à l'hôpital des Enfants-Malades, qui leur semblent indiscutables ; et nous en trouvons enfin une dernière observation dans la thèse d'*Henry*.

Telle est l'histoire des rechutes de la scarlatine en France. A l'étranger, en Angleterre surtout, les tra-

vaux sur cette question furent plus nombreux et plus importants.

Hamilton en publie 6 observations (1833) sur 160 cas de scarlatine traités à Edimbourg. Koerner, en Allemagne, fait paraître, en 1876, un important mémoire où il consigne un grand nombre d'observations déjà rapportées par Steinmug, Solbrig, Krauss, Eisenmann, Lewin.

En 1855, Hensch leur consacre une leçon clinique, en s'étendant sur leur pathogénie et leur pronostic.

En 1890, Foord-Caiger publie un certain nombre de cas qu'il a observés en une année au Southwestern hospital. Richardson, Thomas de Leipsig, Geschwind insistent sur le caractère épidémique de ces rechutes. Le nombre et l'importance des travaux étrangers sur cette question s'expliquent du reste facilement par la fréquence et la malignité plus grande de la scarlatine en Angleterre et en Allemagne.

CHAPITRE II

Pathogénie

La pathogénie des cas de rechute de scarlatine, rapportés dans la littérature médicale, est simple pour certains auteurs : Roger, Rendu, Béchère, qui voient uniquement dans tous ces cas une infection streptococcique venue compliquer la convalescence de la première maladie.

La question devient plus complexe si l'on admet l'existence réelle de ces rechutes, telles que nous les avons définies. Or, c'est un fait presque général en matière d'infections aiguës cycliques que cette possibilité de la rechute. Très fréquentes et bien connues dans la fièvre typhoïde, l'érysipèle, on en a encore décrit des cas dans la rougeole, la pneumonie. (A. Chauffard. *Presse médicale*, 18 janvier 1899. — Rémignard, thèse de Paris, 1897.)

La variole cependant fait exception à la règle : elle peut récidiver (Brouardel), mais ne rechute pas.

Nous devons donc chercher une autre raison d'être

à ces rechutes que l'entrée en scène d'une infection streptococcique.

Nous aurons à tenir compte de deux éléments : immunité, infection scarlatineuse dont l'agent n'est pas encore connu.

Dans l'état actuel de nos connaissances, ce que nous savons de l'immunisation de l'individu vis-à-vis d'une maladie infectieuse par une première atteinte s'applique à la scarlatine en thèse générale. Or toutes les fièvres éruptives confèrent une immunité susceptible de durer plusieurs années, et pour qu'il y ait rechute ou récurrence il faut de toute nécessité ou que cette immunité ne soit pas suffisante, encore incomplètement acquise, ou qu'elle se soit éteinte. Foord-Caiger, en Angleterre, publiant sa statistique et ses cas de rechute dans la scarlatine (1892), avait vu l'importance de cette question lorsqu'il disait : « que ces cas soient dus à une recrudescence de l'infection ou à une réinfection, ou qu'ils soient considérés comme dus à une infection nouvelle, la distinction ne m'en paraît pas une et est en relation directe avec l'idiosyncrasie de l'individu, en regard à la période où l'immunité est acquise ».

Si la variole ne rechute pas c'est qu'il est vraisemblable que l'immunisation variolique est déjà assez forte et complète au moment où la maladie se termine, pour que toute rechute soit de ce fait irréalisable. Immunité incomplètement acquise, voici donc un premier point établi. Il est peu vraisemblable en effet qu'il y ait eu immunité acquise, puis éteinte, la

rechute survenant pendant la convalescence, peu de temps après le début de la maladie, souvent pendant la desquamation, et en tout cas alors que la période de contagion se prolonge encore.

Voici donc un malade convalescent, incomplètement immunisé. Sous l'influence d'un second facteur nous allons assister à une rechute. Quel est ce facteur ? Réinfection, infection exogène nouvelle, ou simplement exaltation de virulence due au premier germe un moment atténué ?

A propos des rechutes de la rougeole, MM. Chauffard et Lemoine prennent parti pour la première opinion et considèrent que tous leurs malades ont subi non une rechute, mais une véritable récurrence, avec infection exogène nouvelle. De même M. Guinon, dans le *Traité de Médecine*, dit que « si le convalescent n'a acquis qu'une immunité faible ou peu durable (et c'est ainsi qu'intervient l'élément toujours si prépondérant du terrain individuel), il pourra se réinfecter et subir la rechute ».

Les auteurs allemands semblent pencher pour la seconde hypothèse. Dès 1889 Senator émet cette opinion que « la rechute est le résultat d'un microbisme latent. Les microbes, déterminant la rechute, auraient pénétré l'économie en même temps que ceux qui auraient déterminé la première poussée ». Il établit une analogie entre la fièvre typhoïde à rechutes et la scarlatine à rechutes et cite les constatations de Fraenkel, Ebermaier, Chantemesse, Vidal, prouvant que, plusieurs mois après la défer-

vescence dans la fièvre typhoïde, les tissus peuvent encore contenir le bacille d'Eberth.

Plus près de nous, Hénoc'h, également en Allemagne, écrit : « Il ne saurait être question dans ces circonstances, pas plus que dans le typhus, d'une nouvelle infection, et je suis obligé d'admettre que le virus *scarlatin* n'a pas été entièrement éliminé dès la première atteinte, d'où une nouvelle poussée. Si l'on avait porté plus loin l'attention, on aurait observé plus fréquemment la rechute qu'on ne l'a fait jusqu'à présent. Il ne faut pas s'attendre à rencontrer toujours un tableau aussi bien dessiné, mais certains symptômes : la fièvre ou l'exanthème, peuvent apparaître d'une façon si fugitive qu'ils sont aisément méconnus dans la clientèle pauvre. »

On peut se demander à quelle influence attribuer cette exaltation de virulence des premiers germes, cause de la première maladie. Défaut de résistance, modifications dans l'économie de l'individu atteint ? association microbienne ?

Dans ce dernier cas, la rechute cesse de concorder presque fatalement avec notre définition, et l'on admet presque fatalement aussi l'hypothèse de MM. Roger, Rendu, Béclère : rechutes équivalant à infection streptococcique. L'hypothèse d'une seconde infection exogène semble plus simple.

Elle a pour elle, en outre, ce fait clinique : les trois quarts des cas de rechutes signalés par les auteurs ont surtout été observés dans les milieux hospita-

liers, dans des familles, en somme dans des milieux où la contagion est toujours possible.

En résumé nous dirons donc qu'il est des scarlatines à rechutes, en n'admettant comme telles que les cas survenant après l'établissement apparent de la convalescence et reproduisant les symptômes de la scarlatine normale en dehors de toute complication, et que ces cas, expliquent par une infection nouvelle exogène, ou une exaltation de virulence du premier germe chez un individu dont l'immunisation ne s'est pas encore complètement établie.

CHAPITRE III

Étiologie

Fréquence. — Les rechutes de la scarlatine sont très rares. On sait d'ailleurs que si les rechutes sont toujours possibles dans les maladies infectieuses, leur degré de fréquence est sujet à de grandes variations, et la différence est notable à ce point de vue, entre la fièvre typhoïde, par exemple, et les affections à rechutes très rares. Avec la pneumonie, la scarlatine occuperait, dans cette échelle des maladies à rechutes, un des degrés les plus inférieurs.

Plusieurs statistiques ont été publiées à ce sujet :

Geschwind sur 60 cas de scarlatine a noté 2 cas de rechute.

Antony en rapporte 17 cas sur 51 cas de scarlatine qu'il a observés.

Hamilton, en 1833, sur 160 scarlatines note 6 rechutes.

Foord-Caiger, en 1890, note seulement 7 rechutes sur 1.008 cas de scarlatine.

Marfan et Apert, en 1895, à l'hôpital des Enfants-Malades, observèrent 256 cas de scarlatine sans rechute.

Roger signale dans ses statistiques un assez grand nombre d'éruptions secondaires, mais qu'il signale plutôt comme érythèmes scarlatiniformes.

Richardière et Kaufmann enfin constatèrent, pendant l'année 1903 à l'hôpital des Enfants-Malades, 5 rechutes sur 322 cas de scarlatine. C'est une proportion de 1,3 0/0 des cas.

Age. — La plupart des observations que nous avons rapportées ont trait à des enfants. On sait d'autre part que la scarlatine s'observe avant tout chez eux: aussi, pour Jeanselme, l'âge du malade semble n'avoir aucune importance. Pour Richardière et Kaufmann, au contraire, le très jeune âge semble y prédisposer davantage.

Les observations de rechutes chez les adultes ont surtout été rapportées par les médecins militaires: Antony, Geschwind, notamment. Il nous a semblé que les rechutes de la scarlatine chez l'adulte, surtout d'après les observations de Roger, se présentaient avec moins de pureté que chez l'enfant, et se rapprochaient plutôt des érythèmes infectieux.

Le sexe ne semble avoir aucune importance.

Epidémicité. — La notion de l'épidémicité des rechutes de la scarlatine a été défendue par plusieurs auteurs. Geschwind, Antony, Thomas de Leipzig, qui insistent sur le caractère familial qu'ils ont vu prendre aux rechutes de la scarlatine: sur

4 enfants d'une même famille, atteints ensemble de cette fièvre éruptive, 3 eurent des rechutes. Pour Wurtz, les rechutes semblent favorisées par l'agglomération d'un grand nombre de scarlatines dans de petits locaux mal aérés.

Etant donné le peu de cas recueillis, cette notion de l'épidémicité peut être mise en doute. Mais vraie ou non, on n'en doit pas moins attacher une grande importance au traitement préventif des rechutes de la scarlatine.

Nous achèverons ce chapitre en ajoutant que, comme la scarlatine elle-même, ses rechutes sont plus fréquentes en mai et en septembre, et plus fréquentes aussi en Angleterre qu'en France.

CHAPITRE IV

Symptomatologie

La scarlatine et ses rechutes forment, à peu de chose près, un même tableau clinique. Nous nous proposons donc, en ce chapitre, d'insister surtout sur les particularités pouvant servir à distinguer ces rechutes, non pas tant de la scarlatine elle-même, que des érythèmes infectieux avec lesquels on les a confondues.

Des phénomènes généraux plus ou moins accentués annoncent généralement le début de la rechute : maux de tête, vomissements, fièvre... Dans un certain nombre d'observations (obs. II, IV, VI, XV, XXV...) l'éruption apparut d'abord. Dans l'observation II, on reconnaît une éruption en faisant prendre un bain à la malade, dans le cas rapporté à l'observation XVII, il n'y eut pas de phénomènes généraux ; mais ces cas forment plutôt une exception et la fièvre précède généralement l'apparition de l'exanthème.

Cette fièvre, en général, oscille autour de 39 de-

grés. Sur les 52 observations que nous rapportons, nous en trouvons seulement 4 où la température atteignit 40 degrés (obs. III, V, VII, XXVI), dans 2 cas même il y eut une apyrexie absolue. Henry fait la remarque intéressante que, presque constamment, le même maximum avait été atteint par la première éruption. La plupart des observations donnent cependant une température moindre pour la rechute que pour la première atteinte.

La température baisse également plus rapidement, semble-t-il, dans la rechute. On sait en effet que la durée de la fièvre dans la scarlatine normale, d'après les auteurs classiques, est d'environ douze jours. « Dans toute scarlatine normale, il ne doit plus y avoir de fièvre le douzième jour. » (Sallard.) Pour Roger le délai est encore plus court et ne doit pas dépasser le neuvième jour. Or, sur 14 de nos observations où cette limite a été établie, nous notons que la température demeura au-dessus de la normale :

Trois jours.....	observations I et II.
Quatre jours...	— V, VII, XV, XIX, XXI.
Cinq jours.....	— IV, VI, XI.
Six jours.....	— XVIII, XX.
Dix jours.....	— XXV.
Douze jours....	— III.

Le plus souvent la défervescence se fait en lysis.

Vomissements. — Les vomissements sont un symptôme fréquent de la rechute, symptôme de début

comme dans la scarlatine elle-même, et qui sont presque toujours signalés lorsqu'on les a déjà constatés lors de la première éruption. (Obs. VIII, XI, XXXII.)

Angine. — L'angine ne présente le plus souvent, non plus que les vomissements, aucun caractère spécial à la rechute. Rougeur très vive des amygdales, de la luette, des piliers allant en s'atténuant dans la direction de la voûte palatine, telle est la forme sous laquelle elle s'est présentée le plus souvent. Quand il y a exsudat, c'est généralement l'exsudat opalin. Dans aucune de nos observations il n'est signalé d'angines pseudo-membraneuses. On y signale souvent de l'adénopathie concomitante.

Dans les observations III et XX l'ensemencement fut pratiqué et suivi d'examen bactériologique : bacilles courts et staphylocoques y furent seulement décelés.

Dans un certain nombre d'observations l'angine n'est cependant pas signalée. (Obs. V, VIII, XI, XV.)

Langue. — La langue, dans la scarlatine normale, a une importance diagnostique considérable. Dans la rechute, la langue présente les mêmes caractères ; les papilles se hérissent, deviennent saillantes, la langue se dépouille et prend l'aspect framboisé décrit par Trousseau. Dans toutes les observations complètes que nous rapportons, ces caractères de la langue sont décrits. (Obs. I, II, III, VI, VII, XV, XVII, etc.)

Ce caractère de la langue est donc une preuve de plus à l'appui de notre thèse qui fait de la rechute

une véritable réédition de la première atteinte. Pourquoi n'attacherait-on pas la même valeur diagnostique à la langue framboisée de la rechute qu'à la langue framboisée de la première atteinte de scarlatine ?

Éruption. — L'éruption débute généralement par le thorax, le ventre, les aines, les jarrets, les plis du coude, où elle se montre aussi plus intense, comme dans la première atteinte.

Elle est également constituée par « une petite papule de l'étendue d'une tête d'épingle au plus, de rougeur intense, faisant à la surface de la peau une saillie appréciable au toucher, indiquant une légère infiltration dermique, et entourée d'une zone de congestion de coloration rosée, sur laquelle elle ressort du fait de sa coloration plus intense, et de sa légère saillie à la surface cutanée. Le nombre, la cohésion, la confluence de ces papules permettent de comprendre toutes les variétés d'aspect que peut présenter l'éruption ». Nous trouvons cette éruption piquetée dans un grand nombre d'observations. (Obs. I, II, III, VI, VII, VIII, X, XVII, XX, XXI...)

Les observations V, XVII, XX signalent la miliaire, fréquente également dans la scarlatine normale et siégeant surtout aux plis articulaires.

Dans presque toutes nos observations enfin, on signale l'existence de la raie scarlatineuse signalée par Borsieri, obtenue par une pression faite sur la peau du malade.

Le plus souvent, cependant, la seconde éruption est moins intense que la première. Elle offre égale-

ment une autre particularité dans sa durée : au lieu de persister de cinq à sept jours en moyenne, durée de l'éruption dans la scarlatine normale, elle s'efface et disparaît ordinairement du troisième au cinquième jour. Ainsi l'éruption dura :

Six jours dans deux cas. (Obs. X et XXIV.)

Cinq jours dans quatre cas. (Obs. IX, XI, XIV, XVIII.)

Quatre jours dans sept cas. (Obs. II, IV, V, VI, XV, XIX, XXI, XXXVIII.)

Trois jours dans cinq cas. (Obs. I, III, V, VIII, XV.)

Deux jours dans deux cas. (Obs. XVII, XXI.)

Un jour seulement dans l'observation XII.

Desquamation. — Si la durée de l'éruption est moindre dans la rechute, la desquamation est également plus précoce. Ce fait que nous avons noté dans nos deux observations personnelles se trouve également rapporté dans les observations V, VI, VIII, III, XV... La durée en est également un peu moindre, semble-t-il, que dans la scarlatine normale ; elle s'est terminée au onzième jour (obs. V), au quinzième jour (obs. III), au seizième jour (obs. IV).

Elle n'offre d'ailleurs pas en elle-même de caractères spéciaux, elle se fait également en « larges squames », en placards, en « caleçon de bains », en « doigts de gant », donnant à la peau un « aspect craquelé ». Quelquefois elle est furfuracée (obs. VII). Parfois aussi elle apparaît alors que la première desquamation n'est pas encore terminée et vient se

superposer à elle. La desquamation n'est généralement pas accompagnée de phénomènes généraux.

Complications. — Peu de complications sont signalées dans les observations que nous avons rapportées : albuminurie passagère presque uniquement et d'ailleurs assez fréquemment. (Obs. II, XX, XXIV...) Dans l'observation XXIII l'érythème devint hémorragique. Il est évident d'ailleurs que la rechute doit être sujette aux mêmes complications que la maladie causale.

Evolution. — Le début se fait généralement du trente au trente-cinquième jour qui suit l'apparition de la première éruption, par conséquent à un moment où le malade est en pleine convalescence.

Dans 21 de nos cas en effet le début s'est fait entre le vingt-cinquième et le quarantième jour après l'éruption ; dans 18 cas le début s'est fait du dix-huitième au vingt-cinquième jour de la maladie.

La durée totale de la rechute est, ainsi que nous l'avons vu en analysant les symptômes, un peu moindre que celle de la scarlatine normale, et ainsi que nous le verrons au chapitre du pronostic, elle évolue habituellement vers la guérison.

CHAPITRE V

Diagnostic

Le point important de ce chapitre sera pour nous d'établir le diagnostic des rechutes de la scarlatine avec les érythèmes infectieux compliquant secondairement la scarlatine. Ces érythèmes, dus au streptocoque, survenant fréquemment dans la convalescence des maladies infectieuses, ont fait en effet mettre en doute l'existence des rechutes dans la scarlatine. Rendu, répondant à la communication de Comby, considère ces secondes éruptions scarlatiniformes non « comme des rechutes ou récidives de la scarlatine, mais comme des éruptions secondaires d'ordre infectieux » et croit que « la plupart des cas de scarlatine à répétition, qu'ont publié les auteurs, sont passibles d'une interprétation analogue ».

Roger, Béclère pensent de même, et, sans nier absolument la possibilité de la rechute, considèrent la plupart des faits de ce genre, rapportés par les

auteurs, comme des érythèmes infectieux secondaires.

Nous pensons avec Jeanselme qu'il est possible de relever, entre ces deux affections, des différences de détails qui, par leur groupement, forment un tout pathognomonique et légitiment la distinction que nous faisons entre les rechutes de la scarlatine et les érythèmes infectieux scarlatiniformes.

D'une façon générale, assister à une rechute de scarlatine telle que nous en rapportons dans nos observations, c'est assister à « un second acte de la maladie », où l'on voit les symptômes observés lors de la première atteinte se succéder dans le même ordre, presque avec la même intensité que la première fois. L'infection streptococcique étant très riche en manifestations morbides, nous verrons rarement au contraire un érythème infectieux qui ne soit pas accompagné de complications variées : otites (obs. XLIV), conjonctivites (obs. XLIII), adénites et adéno-phlegmons, arthropathies, pleurésies purulentes, endocardites, abcès cutanés pyohémiques...

Tout ceci n'est pas sans modifier d'une façon remarquable l'état général du malade, ni sans lui donner un autre aspect qu'à la première atteinte.

Cependant il est des cas où ces complications peuvent faire défaut, où de telles complications ont apparu lors de la rechute ; le virus scarlatin seul ne peut-il suffire à les produire ? Le diagnostic devient, dans ce cas, plus pénible. Nous croyons néanmoins qu'il est possible, en analysant un à un les symptô-

mes de ces deux affections, d'établir un diagnostic.

Nous ne tirerons que peu de renseignements de l'aspect de l'éruption : l'érythème infectieux scarlatiniforme tirant son nom de sa ressemblance avec l'exanthème scarlatin. Mais la desquamation en est souvent précoce, contemporaine de l'éruption et non succédant à sa disparition. Le derme peut être, en outre, un peu infiltré.

Les localisations bucco-pharyngées sont plus rares dans l'érythème infectieux. On n'y trouve pas toujours la langue framboisée. L'angine est plus irrégulière ; l'exsudat moins souvent opalin ; très souvent il y a abcès ou phlegmon de l'amygdale concomitant avec engorgement ganglionnaire intense.

La température, d'intensité variable, est généralement plus élevée dans l'érythème infectieux, et les écarts, dans les oscillations, plus prononcés.

Les récidives sont plus fréquentes.

Nous noterons enfin ce fait que nous avons remarqué :

Sur 38 observations d'érythèmes infectieux compliquant secondairement la scarlatine, rapportées dans la thèse de Girard (Paris, 1900), 28 se rapportent à des malades de plus de vingt ans, 8 à des malades de quinze à vingt ans, et 2 cas seulement à des enfants de moins de dix ans. Presque toutes nos observations de rechutes se rapportent au contraire à de jeunes enfants.

Mais le gros point du diagnostic sera donné surtout, et nous y insistons, par la présence ou l'absence de manifestations streptococciques concomitantes.

En dehors des érythèmes infectieux compliquant secondairement la scarlatine, d'autres affections seront encore à distinguer des rechutes de cette maladie. Nous allons passer en revue les principales d'entre elles.

Tout d'abord, un certain nombre de médicaments sont susceptibles d'amener une éruption scarlatinoïde. Quand ces médicaments ont été ingérés par le malade pendant la scarlatine, le diagnostic peut présenter des difficultés. Cependant, en dehors des commémoratifs dont on tiendra grand compte, ces sortes d'éruptions présentent certains caractères particuliers qui permettront de les reconnaître :

L'antipyrine entraîne fréquemment à sa suite des éruptions pouvant prendre le masque de la rougeole ou de la scarlatine. Guinon rapporte un cas où l'antipyrine déterminait une éruption scarlatinoïde avec angine et fièvre intense, le catarrhe oculaire permit d'éviter l'erreur. Ces éruptions se font d'ailleurs brusquement, sans période d'invasion et sans fièvre.

Le mercure, dont on fait grand usage chez les enfants sous forme de calomel, amène souvent un érythème qui, au dire de Morel-Lavallée, ressemble absolument à celui de la scarlatine. Mais il y a généralement absence de fièvre, d'angine, et pas de desquamation sauf quand l'éruption s'accompagne de miliaire, qui seule d'ailleurs desquame.

Roger cite dans la *Revue de Médecine* (1900) le cas d'un malade qui, un mois après une scarlatine,

fut repris d'une nouvelle éruption avec angine et fièvre ; chaque fois que le malade prenait 1 gramme de quinine, l'éruption récidivait. Ce fait est d'ailleurs exceptionnel.

Les éruptions dues à la belladone, à l'iodoforme (pansements iodoformés), au copahu même se reconnaîtront aux mêmes caractères : commémoratifs, invasion soudaine, absence d'angine et de fièvre.

Le sérum de Roux, injecté parfois préventivement contre l'angine diphthérique, s'accompagne fréquemment d'érythèmes scarlatiniformes qu'on serait tenté de prendre pour des rechûtes : les commémoratifs, l'absence fréquente de température et de desquamation permettront d'établir le diagnostic.

On se rappellera qu'à la suite de la scarlatine on peut voir survenir des fièvres éruptives qui s'y associent, rougeole, rubéole... Prévenu, on évitera facilement une erreur et par l'analyse des symptômes propres à ces affections diverses, et par la notion d'épidémie régnante.

On peut rapprocher de ces cas le rash scarlatiniforme d'une variole ou d'une varicelle venant secondairement compliquer une scarlatine ; mais rarement généralisé, accompagné des symptômes spéciaux du début de la variole, le rash laisse place rapidement, en outre, à une éruption qui ne laissera plus de doutes sur la nature de l'affection.

La dermatité exfoliatrice complique exceptionnellement la scarlatine : mais sa desquamation est pré-

cocce, généralisée, intense, accompagnée de chute des poils et des ongles, sans angine et le doute sera ici à peine permis.

CHAPITRE VI

Pronostic

Une fois de plus nous séparerons les rechutes vraies de la scarlatine des érythèmes infectieux secondaires. Ces derniers, dont nous connaissons bien la fréquence et les caractères, entraînent presque fatalement à leur suite, ne serait-ce que par leurs complications, un pronostic sérieux. Ainsi s'expliquerait la mortalité élevée des rechutes de la scarlatine, rapportée par Jeanselme (12 0/0).

D'autre part, nous tiendrons compte également du pronostic porté lors de la première éruption : certaines épidémies sont entièrement bénignes, d'autres sont extrêmement graves ; certaines races (Anglo-Saxons) sont plus frappées que d'autres. Ces restrictions étant faites, on peut avancer que le pronostic de la rechute en elle-même est bénin.

Sur 45 cas, rapportés dans nos observations, 43 ont évolué vers la guérison, dont 2 seulement après avoir causé de sérieuses inquiétudes, et nous ne trou-

vons également que 2 cas (obs. XXVI et XXXIII) ayant entraîné la mort. Ces cas suffisent d'ailleurs pour faire attacher « non moins d'importance à cette rechute qu'à la première atteinte » (Hénoch).

L'apparition possible de rechutes vraies dans la scarlatine aura encore pour résultat de faire réserver le pronostic lors de la première atteinte. Le praticien devra se souvenir naturellement qu'au moment de la convalescence, dans la troisième ou quatrième semaine, une seconde éruption pourra se manifester, accompagnée d'angine et de symptômes généraux et sujette à entraîner les mêmes complications que la première.

CHAPITRE VII

Traitement

Si l'on se reporte au chapitre Pathogénie, on prévoit qu'il peut être possible de prévenir, dans une certaine mesure, l'apparition de rechutes vraies dans la scarlatine. Nous insisterons donc sur le traitement préventif.

L'isolement des malades devra être aussi rigoureux que possible ; on évitera soigneusement l'agglomération des malades dans des locaux petits et mal aérés, ceci aussi bien lors de la seconde éruption que lors de la première, la contagion étant la même dans les deux cas.

Un fait semble avoir une grande importance préventive : la désinfection minutieuse de la cavité nasale et buccale. De grands lavages seront donc quotidiennement répétés pendant toute la durée de la maladie.

La rechute une fois nettement déclarée exigera le même traitement que la maladie causale elle-même.

Le régime lacté absolu sera prescrit et continué au moins tant que la température restera élevée, et prolongé naturellement au cas où l'analyse des urines, qui sera faite tous les jours, décelerait de l'albuminurie. On reviendra avec précaution à un régime moins sévère.

En cas d'hyperthermie prononcée on pourra avoir recours à de grands bains tièdes.

Le malade gardera la chambre jusqu'à la fin de la desquamation.

En résumé, on s'écartera le moins possible de la ligne de conduite suivie au moment de la première atteinte, et ainsi le pronostic porté pourra être bénin.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle)

12 mai. — D..., six ans, entre à Claude-Bernard, salle Pasteur, service de M. Griffon, avec une angine scarlatineuse nette sans exudat.

Cette angine a débuté le 10 mai et l'éruption est apparue le 11 mai.

On constate que l'érythème est généralisé, mais plus intense sur le tronc, les jambes et les bras.

Pas d'albumine dans l'urine. La température, peu élevée ($38^{\circ}2$), descend bientôt à la normale.

Quelques élévations passagères de température au cours de la convalescence.

Le malade commence sa desquamation et semblait en bonne voie de guérison, quand, le 14 juin, un mois après le début de sa maladie, une nouvelle ascension de la température $39^{\circ}2$ attire l'attention.

On constate une éruption en plaques, localisée à la face interne des cuisses, des jambes et aux plis de l'aîne. Elle est légère à la face externe des membres. La figure est rouge.

La gorge est très rouge. Les amygdales sont tuméfiées : il

n'y a pas d'exsudat, mais l'isthme du gosier est le siège d'une rougeur intense. En somme on a affaire à une angine scarlatineuse typique.

La langue desquame déjà.

15 juin. — La température tombe à 38°2. L'aspect du malade n'a pas changé. L'éruption est seulement beaucoup plus rouge et plus étendue. L'angine présente les mêmes caractères que la veille.

17 juin. — On observe une belle langue framboisée.

Il n'y a pas d'albumine dans l'urine et la température est descendue à la normale.

19 juin. — La desquamation commence.

Le malade a fait en résumé une scarlatine normale, puis en pleine desquamation, au trente-troisième jour il a refait une scarlatine dont les caractères ne différaient pas de la première.

OBSERVATION II (Personnelle)

Georgette H..., neuf ans, entre au Pavillon Pasteur de l'hôpital Claude-Bernard le 2 septembre dans l'après-midi. Est malade depuis deux jours souffrant surtout de la gorge et de la tête.

A eu la rougeole en 1906 en même temps qu'une sœur âgée de sept ans qui n'a pas eu la scarlatine.

Le 2 septembre au soir, la température s'élève à 37 degrés. En examinant la malade, on constate une éruption généralisée au thorax, à l'abdomen et aux membres. Cette éruption est confluyente, mais d'un rouge peu intense. Elle est appa-

rue, d'après la malade, deux jours avant son entrée à l'hôpital et semble déjà en régression. A l'examen de la gorge on constate que les amygdales sont un peu hypertrophiées. Elles sont rouges ainsi que la luette, les piliers et le bord libre du voile.

La langue est rouge et commence à se dépouiller.

Dans les urines, des traces d'albumine.

Les troubles généraux sont peu intenses. Il n'y a pas de céphalée. La température, qui atteint 37°5 le 5 au soir, tombe ensuite à la normale. Du côté de l'appareil digestif on note quelques vomissements après absorption d'un purgatif.

L'éruption diminue rapidement et disparaît vers le 7 septembre. Quelques jours après la desquamation apparaît d'abord sur le thorax et le cou, elle envahit ensuite les cuisses et les membres supérieurs. Vers le 15 septembre, la desquamation est encore très apparente sur les cuisses, les bras et les jambes. Les pieds n'ont pas desquamé.

16 septembre. — La malade, qui est restée au lit, ne présente plus traces d'albumine. On la met au régime ordinaire.

27 septembre. — La malade va bien et se lève du 16 au 27 septembre, jour où elle prétend avoir joué comme d'ordinaire. Le 27 au matin, *vingt-huitième* jour de la maladie, la malade se plaint de frissons et d'une légère céphalalgie. On s'aperçoit en lui faisant prendre un bain qu'elle présente une nouvelle éruption sur le thorax et l'abdomen. La température s'élève à 39°4.

On constate un érythème peu intense mais cependant bien marqué sur le thorax et l'abdomen, plus léger sur la face interne des cuisses et sur les bras, très marqué aux plis

articulaires (coude, pli inguinal). Il disparaît nettement à la pression, est peu visible sur les mains et sur les pieds.

On remarque également que les amygdales sont légèrement tuméfiées. Elles sont rouges, bien que voilées par un léger exsudat opalin. La rougeur s'étend sur tout le voile et en particulier sur la luette et les piliers antérieurs. La langue est revêtue d'un enduit blanchâtre.

La fièvre augmente un peu le soir (température 39° 7). Le pouls est à 155 pulsations, il n'y a pas d'albumine dans les urines.

La malade est constipée et prend une purge.

28 septembre. — Le 28 au matin, l'érythème est plus intense que la veille. Il ne s'est étendu qu'au cou. Il est extrêmement prononcé sur l'abdomen et la face interne des cuisses. Il n'apparaît ni sur les pieds ni sur les mains qui n'ont pas cessé de desquamer depuis la première éruption.

On note également une rougeur vive du voile du palais allant en s'atténuant dans la direction de la voûte palatine.

L'amygdale droite est recouverte d'un léger exsudat punctiforme. L'amygdale gauche est voilée, elle aussi, par un exsudat opalin. Les deux amygdales sont d'ailleurs rouges et hypertrophiées.

Les piliers antérieurs sont rouges ; les piliers postérieurs sont recouverts d'un exsudat qui est punctiforme sur le pilier droit. La langue est blanchâtre, mais en avant et sur les bords elle commence à se dépouiller surtout au niveau du bord gauche. La température est le matin de 37° 8 et 39° 2 le soir. Le pouls est à 140. Pas d'albumine. La malade est allée deux fois à la selle.

29 septembre. — Le 29 septembre, l'érythème diminue un peu d'intensité et on observe une légère desquamation sur le cou, le thorax et les flancs. La gorge est également moins rouge, mais l'exsudat persiste.

La langue est dépouillée et rouge framboisée sur toute sa partie antérieure.

La température atteint 37° 7 le soir.

Le pouls est à 120.

Pas d'albumine dans les urines ; la malade demande à manger ; les selles sont régulières.

30 septembre. — L'érythème n'est plus visible que sur la partie inférieure de l'abdomen, les cuisses et les jambes, les bras surtout au pli du coude. La desquamation est abondante sur le cou et le thorax où la peau tombe par plaques. Elle est moins marquée sur l'abdomen, à la partie antérieure de la jambe.

On note une légère rougeur sur les piliers antérieurs. Les amygdales restent hypertrophiées. La température s'élève à 38°3 le soir.

1^{er} octobre. — L'érythème a disparu. La desquamation est très active sur le cou, le thorax et l'abdomen où elle s'effectue par larges squames, donnant à la peau un aspect craquelé. Elle gagne les pieds et la face où on l'observe principalement sur le front, les joues et le pourtour de la bouche.

La desquamation est moins nette sur les mains qui portent encore les traces de la première desquamation. La température descend à 37° 7. Il n'y a pas d'albumine.

Les fonctions digestives sont normales. On ne note rien à l'auscultation du cœur et des poumons.

2 octobre. — Le 2 octobre la desquamation est très nette sur tout le corps. La malade éprouve une sensation de légère cuisson et se gratte sur tout le corps.

La gorge n'est plus rouge.

Les amygdales sont encore légèrement hypertrophiées. La température est à 37° 6.

OBSERVATION III

(Henry. — Thèse de Paris, 1904.)

Jeanne D..., trois ans, entre au Pavillon Trousseau des Enfants-Malades le 14 décembre 1902 avec une scarlatine déclarée depuis vingt-quatre heures.

La gorge est rouge sans exsudat, la langue dépouillée à demi; l'éruption s'étend à tout le corps et aux membres; avec quelques sudamina aux aines. La pression des doigts sur l'abdomen laisse la raie blanche caractéristique. La température est à 38° 6.

La maladie suit son cours sans complications : le 19 décembre commence la desquamation. On observe à ce moment un engorgement ganglionnaire cervical à gauche. (Il a persisté pendant tout le séjour de la malade dans le service et est sans doute lié à une hypertrophie chronique des amygdales bien antérieure à l'état actuel.)

La température est à 37° 4.

10 janvier. — La desquamation qui s'est faite en larges placards est terminée. La température est normale.

13 février. — Le soir la température monte à 38° 4 brusquement et la malade vomit.

Rechute. — 14 janvier. — Le matin à la visite la température atteint 40 degrés. Sur tout le corps on observe des placards érythémateux larges, à coloration un peu moins vive à la périphérie. Ces placards se rejoignent par leurs bords ; il n'y a pas entre eux d'intervalle de peau saine. C'est la différence de coloration périphérique qui permet de les délimiter. La face est peu atteinte. La langue est saburrale, la gorge rouge avec énormes amygdales et un point d'exsudat sur l'amygdale gauche.

Pas d'albumine dans les urines.

15 janvier. — L'éruption est plus nette et plus uniforme qu'hier. Température 39°4.

Un ensemencement de la gorge donne des bacilles courts.

16 janvier. — L'éruption a beaucoup pâli ; elle n'est plus guère accusée que sur la face interne des cuisses. Gorge encore rouge. La langue commence à se dépouiller. Température 39°2.

17 janvier. — L'éruption disparaît. La température persiste.

19 janvier. — La langue est dépouillée, la gorge redevient normale, une desquamation furfuracée commence.

Pas de diarrhée.

21 janvier. — Devant la seule persistance de la fièvre qui atteint 40 degrés, on fait un séro-diagnostic, qui est négatif.

25 janvier. — La température repasse brusquement à la normale.

Dès lors la convalescence se maintient et le 1^{er} février l'enfant est rendue à sa famille.

OBSERVATION III

(Richardière et Kauffmann.)

Renée L..., vingt mois, entre au pavillon Trousseau, le 15 février 1903. Enfant nourrie au sein, ayant déjà eu la rougeole et la varicelle.

11 février. — Elle a été prise de fièvre et de mal de gorge sans diarrhée.

12 février. — Est apparue une éruption. A l'entrée on constate que l'éruption a à peu près disparu ; la langue est dépouillée, la gorge rouge sans exsudat, la température a atteint 38 degrés, la desquamation a commencé au cou, Pas d'albumine.

19 février. — La desquamation est générale ; la température est à 37 degrés, la gorge et la langue sont redevenues normales.

10 mars. — La desquamation est terminée, la malade recommence à manger.

Rechute. — 14 mars. — Sans phénomènes généraux graves, apparaît un érythème très intense sur le cou et le thorax qui se généralise le lendemain, respectant la face, il est pointillé sur le tronc et les membres, plus diffus au cou. Température 37°6.

16 mars. — La langue est framboisée, la gorge rouge sans exsudat, l'éruption persiste, la desquamation commence en collier au cou.

19 mars. — L'éruption est disparue, la gorge et la langue

sont normales, la desquamation est généralisée se faisant en doigt de gant aux extrémités, en lambeau au niveau du tronc, la température est normale.

30 mars. — La desquamation est terminée, on baigne la malade qui quitte l'hôpital le 2 avril.

OBSERVATION V

(Richardière et Kauffmann.)

Suzanne B...; deux ans et demi, entre le 24 mars 1903 au pavillon Trousseau. Cette enfant aurait déjà eu la scarlatine l'an dernier ; il y a des cas de scarlatine dans l'entourage.

Le début remonte au 17 mars, par des maux de tête, un mal de gorge, des vomissements : le 23 mars est apparue l'éruption.

A l'entrée la langue est dépouillée, la gorge très rouge sans exsudat ; l'éruption de moyenne intensité, piquetée fin. Température 38°4.

30 mars. — La desquamation commence au cou en larges écailles et s'étend bientôt à tout le corps. L'éruption de la langue a totalement disparu depuis le 28 mars, et la langue et la gorge sont redevenues normales.

6 avril. — Otite avec fièvre qui cesse le 9 en même temps que l'oreille se met à couler.

10 avril. — L'enfant paraît en convalescence. Température 37 degrés.

Rechute. — 14 avril. — La gorge redevient douloureuse et rouge.

15 avril. — La température remonte à 40 degrés et sur le corps apparaît une éruption pointillée, très confluyente sauf aux cuisses, où il existe des intervalles de peau saine. Eruption miliaire aux aines.

17 avril. — La température est à 37°4. L'éruption est presque effacée, la desquamation se poursuit et est terminée le 25 avril.

30 avril. — Après les soins d'usage, l'enfant quitte l'hôpital guérie, un peu d'otite seule persistant.

OBSERVATION VI

(Richardière et Kauffmann.)

Georges B..., huit ans et demi, entre le 8 mai 1903 au pavillon Trousseau.

Son père est mort tuberculeux. Il a eu la rougeole à trois ans, la varicelle à trois ans et demi, la coqueluche à cinq ans.

L'enfant est tombé malade le 5 mai : mal de tête, mal de gorge, pas de vomissements, l'éruption est apparue le même jour.

A l'entrée, le 9 mai, pas d'albumine, température 38°2, l'éruption est de moyenne intensité, piquetée fin, généralisée à tout le corps et en voie d'effacement, la gorge est rouge, la langue framboisée type.

11 mai. — L'éruption a disparu ; la desquamation commence au cou et ne tarde pas à se généraliser à tout le corps, se faisant en larges plaques. Température 37 degrés.

La desquamation évolue normalement et disparaît à partir du 10 juin.

15 juin. — L'enfant devait quitter l'hôpital lorsque subitement la température monte à $37^{\circ}8$, en même temps que l'enfant accuse une violente douleur de gorge, qui est rouge.

Rechute. — 17 juin. — Apparaît une éruption scarlatineuse finement piquetée, étendue au tronc et aux membres, la gorge est excessivement rouge, la langue est dépouillée. Pas d'albumine.

20 juin. — L'éruption a disparu. La desquamation commence au niveau des aines et des cuisses, et se continue sans incidents ni complications jusqu'au 1^{er} juillet.

L'enfant sort guéri le 3 juillet.

OBSERVATION VII

(Richardière et Kauffmann.)

Joseph C..., trois ans et demi, est passé le 25 juillet 1903 de la salle Giraldès, où il a été opéré de hernie inguinale double au pavillon Trousseau.

23 juillet. — Il a été pris d'une fièvre élevée, 40 degrés accompagnée de vomissements.

25 juillet. — Est apparue l'éruption.

A l'entrée, on constate une éruption peu accentuée, mais caractéristique, piquetée fin, généralisée à tout le corps : la pression des doigts imprime encore la raie blanche. L'état général est bon ; on remarque seulement que les plaies opératoires ont tendance à saigner. La gorge est un peu rouge. La langue est vernissée, franchement dépouillée au centre.

La température redevient normale le 29, en même temps que la desquamation, commencée discrètement au cou, se généralise.

Rechute. — La convalescence se poursuivait sans incidents, lorsque le 29 août, la température monte brusquement à 40 degrés, la gorge est rouge et le soir apparaît une nouvelle éruption scarlatineuse ; cette éruption discrète offre exactement les mêmes caractères que la première. La langue est typique, les papilles sont saillantes, la coloration framboisée. La température reste élevée pendant deux jours, puis baisse brusquement et retombe à la normale, à partir du quatrième jour. L'éruption en même temps disparaît. Il n'y a qu'une desquamation furfuracée, et le malade sort guéri le 11 septembre.

OBSERVATION VIII

(Périgord. — *Limousin médical.*)

2 janvier 1896. — Au soir, on me priait de venir voir l'enfant J. . . , petite fille de quatre ans. Elle accusait de la lassitude avec un peu de fièvre et se plaignait de souffrir des dents. Je crus à de la carie dentaire simple. La nuit fièvre, vomissements alimentaires.

Le lendemain l'enfant présentait une éruption de scarlatine généralisée en forme de petits points rouges très fins ; l'enfant malgré tout, était peu malade : langue un peu saburrale, gorge rouge.

5 janvier. — L'éruption a totalement disparu, et l'enfant se lève le 6 malgré ma défense.

7 janvier. — Adénite à l'angle du maxillaire du côté gauche, la fièvre s'allume, le corps devient brûlant, la gorge rouge, les vomissements apparaissent.

Rechutes. — 8 janvier. — L'éruption disparue est rem-

placée par une seconde exactement semblable à la première, mais d'une coloration et d'une confluence plus accentuée. Les jours suivants, les adénites diminuent, mais la fièvre persiste. Les selles sont normales.

12 janvier. — La deuxième éruption disparaît, mais mauvais état général, râles sibilants et quelques sons crépitants dans les deux poumons. Médication consistant surtout en sulfate de quinine, potion au quina, benzoate de soude.

15 janvier. — Consultation avec le Dr Chénieux, diagnostic : scarlatine infectieuse à rechutes, sans lésions rénales.

17 janvier. — Troisième éruption de scarlatine encore plus rouge et plus confluyente, la fièvre persiste intense. L'éruption est à son acmé le 18 ; le 19 elle pâlit.

21 janvier. — La peau se desquame en pellicules très fines.

22 janvier. — La fièvre tombe, la desquamation se continue ; la peau tombe en pellicules furfuracées.

23 janvier. — L'enfant reprend sa gaieté.

26 janvier. — La convalescence est définitive.

En somme scarlatine avec deux rechutes, l'une le sixième jour, l'autre le quatorzième jour.

OBSERVATION IX

(Antony)

C..., vingt-trois ans, clairon, dix-sept mois de service, est pris de malaise brusquement le 23 avril 1884 ; l'angine et l'éruption scarlatineuse sont constatées le lendemain, la maladie est de moyenne intensité.

2 mai. — Début de la desquamation ; la paume des mains présente par place des soulèvements épidermiques et la peau de la plante des pieds se fendille. L'éruption pâlit peu à peu ; mais elle n'a disparu que le 9 mai. Trois jours se passent sans incidents.

Rechutes. — 12 mai. — La fièvre reparait en même temps que se reproduit une deuxième éruption identique à la première.

17 mai — La peau a repris sa coloration normale ; le malade se lève ; il est très affaibli.

25 mai. — Nouvelle apparition de fièvre, accompagnée d'embarras gastrique et de douleurs dans le côté : l'éruption scarlatineuse se manifeste une troisième fois.

Tous ces symptômes s'atténuent petit à petit et le malade entre en convalescence dans les premiers jours de juin.

OBSERVATION X

(Antony)

G..., jeune Breton d'apparence robuste, vingt et un ans, cinq mois de service, offre tous les symptômes de la scarlatine depuis le 2 mai. La fièvre éruptive évolue d'abord normalement.

Rechute. — 9 mai. — Se déclare une bronchite intense accompagnée de fièvre, de sueurs profuses, d'inappétence absolue.

On perçoit de nombreux râles muqueux et fins dans toute l'étendue des poumons, avec une certaine prédominance au sommet. En même temps apparaît une seconde éruption sem-

blable à la première, qui pâlit en quelques jours et est remplacée par une fine desquamation.

L'état général très atteint fait craindre la tuberculose, et ce n'est que dans les premiers jours de juin, que la toux, les râles, la fièvre s'amendent, et que le malade entre en convalescence.

26 juin. — Il quitte l'hôpital.

OBSERVATION XI

(Henoch)

Un petit garçon de cinq ans contracte, le 28 août, la scarlatine.

L'éruption est typique avec les caractères habituels, et bientôt suivie de desquamation.

Rechute. — 22 septembre. — Par conséquent, vingt-cinq jours plus tard, nouvelle fièvre (39° 5). Vomissements, rougeur pâle généralisée à tout le corps, et angine marquée le 27. Disparition de l'éruption et de la fièvre. Nouvelle desquamation.

OBSERVATION XII

(Henoch)

Maria S..., atteinte de scarlatine le 11 octobre 1878. Marche absolument normale.

Rechute. — Le treizième jour, retour soudain de la fièvre (39° 5) et exanthème rouge diffus sur le tronc et les cuisses,

qui pâlit au bout de vingt-quatre heures et disparaît ensuite entièrement. Nouvelle desquamation.

La température reste à 38°5 à cause d'une otite et de quelques plaques nécrotiques subsistant encore dans le pharynx.

Guérison complète obtenue le quarantième jour.

OBSERVATION XIII

(Henoch)

Un petit garçon de deux ans et demi est atteint en avril 1880 d'une première atteinte de scarlatine, qui évolue normalement avec desquamation accentuée.

Rechute. — Quatre semaines après rechute, qui eut pour suite une pleurésie purulente à gauche. La guérison s'obtint après deux ponctions avec aspiration.

Nouvelle desquamation.

OBSERVATION XIV

(Barthez et Rilliet.)

Chez un garçon de sept ans, on constata une éruption de scarlatine bien caractérisée et qui s'était généralisée à son quatrième jour. Elle suivit la marche habituelle mais se compliqua d'anasarque à son vingt-deuxième jour.

Rechute. — Le vingt-quatrième jour, il survint une seconde éruption qui avait les caractères suivants : le matin toute la surface du corps était couverte de petites rougeurs semblables

à des morsures de puces, qui s'étendirent le jour même et formèrent sur le front une large plaque.

Le soir elles étaient plus nombreuses sur le reste du visage et du corps, mais ne s'étaient pas encore réunies.

Le lendemain les petites taches formaient de larges plaques sur les cuisses et l'abdomen. Au visage l'éruption avait déjà pâli.

Le troisième jour, l'éruption persiste mais plus pâle.

Le cinquième elle était presque disparue, la peau était de nouveau sèche et squameuse. et sur l'abdomen l'épiderme s'enlevait en larges plaques.

OBSERVATION XV

(Barrs)

Ada S..., trente ans, servante, fut admise à l'hôpital le 17 février 1883, présentant alors les symptômes violents d'une scarlatine à sa fin : un peu de fièvre, reste d'éruption aux membres inférieurs, desquamation de la face et du tronc angine encore rouge, langue framboisée. Pas d'albumine.

Elle disait que l'éruption avait commencé le 14, trois jours avant son entrée à l'hôpital. Son médecin l'envoyait pour scarlatine à l'hôpital. La courbe de température, négligée plus ou moins après son entrée, ne s'éleva pas et peut être considérée comme ayant été normale.

7 mars. — La malade fut autorisée à quitter son lit ; la température était à la normale ou au-dessous depuis cinq à six jours.

Rechute. — 16 mars. — Sans avoir eu de fièvre depuis le 7, elle faiblit et le Dr Crooke remarque qu'elle ne semblait pas bien. Les amygdales étaient gonflées.

17 mars. — Au soir apparut une scarlatine bien marquée au cou, au tronc, aux extrémités. Température 104 degrés Fahrenheit.

18 mars. — L'éruption est encore plus marquée; température 100 à 102 degrés Fahrenheit, langue typique vernissée.

23 mars. — La desquamation apparaît au cou. Depuis le 20 la température était normale.

27 mars. — La desquamation était totale, pas d'albumine.

27 avril. — La malade quitte guérie l'hôpital.

OBSERVATION XVI

(Hamilton, résumée.)

Une jeune fille de la rue Arthur fut prise de fièvre et de vomissements; l'éruption sortit bien et suivit son développement ordinaire, sauf un mouvement fébrile.

Pendant que cette jeune fille était malade, son frère qui demeurait à quelques milles de là, fut amené à la maison, affecté aussi de fièvre éruptive. Tous deux couchèrent dans le même lit.

Rechute. — Trois semaines après la disparition de l'éruption chez la petite fille, la desquamation étant presque achevée, les symptômes fébriles reparurent avec des vomissements. Survient alors une deuxième éruption bien nette semblable à la première, et qui se termina par la desquamation.

OBSERVATION XVII

(Jeanselme)

Il s'agit d'un collégien de onze ans qui n'a pas encore eu la scarlatine ; il s'est trouvé pendant ces derniers jours en contact quotidien avec un adulte dont la peau desquamait.

20 avril. — Avant-hier l'enfant ressent un peu de céphalalgie et de malaise. Ce matin je constate, à la partie supérieure de la poitrine, un piqueté très fin, constitué par des vésicules miliaires presque microscopiques, à base rouge, à sommet transparent. Ces vésicules sont extrêmement nombreuses ; la peau qui les sépare a pris une nuance claire, chair de saumon. Cette infection est peu accentuée, elle passerait facilement inaperçue si l'on n'appliquait la main qui se détache aussitôt en blanc sur le fond rosé. Cette éruption existe, mais avec des caractères beaucoup moins tranchés, sur le cou, l'abdomen, et les aines ; dans ces diverses régions les vésicules miliaires sont beaucoup plus espacées. Quelques vésicules sur fond rosé existent aussi au pli du coude et sur la face antérieure des avant-bras. Cette éruption n'est pas prurigineuse. Le reste des téguments n'offre rien d'anormal, pourtant le visage paraît un peu bouffi.

La voix est un peu sourde ; il y a une gêne légère de la déglutition. Les piliers et les amygdales sont infectés, mais il n'existe de coloration rouge vif que sur le bord libre du voile du palais et principalement de la luette.

L'appétit est conservé, pourtant le dos de la langue est

couvert d'un enduit saburral assez épais. Le poulx n'est pas accéléré. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

20 avril. — L'éruption se maintient presque sans modifications ; pourtant le contenu des vésicules miliaires s'est troublé.

22 avril. — La coloration rosée a disparu, l'éruption n'est donc plus présentée que par des vésicules miliaires qui commencent à se flétrir.

23 avril. — De petites collerettes épidermiques indiquent le siège des vésicules miliaires qui ont disparu. On observe une très légère desquamation furfuracée sur les régions qui ont été le siège de l'éruption et aussi sur la face qui jusqu'ici n'avait pas paru intéressée. La langue est complètement dépouillée de son épithélium et hérissée de papilles saillantes.

Les suites de cette scarlatine ont été plus simples. A aucun moment il n'y a eu de fièvre vive. L'angine à toujours été des moins intenses. Il n'y a pas eu de complications cardiaques ou rénales. La desquamation s'est faite à l'époque habituelle à partir du huitième jour ; elle a été peu intense ; pourtant à la paume des mains et à la plante des pieds l'épiderme s'est détaché par grands lambeaux. Ajoutons que la desquamation a été générale bien que l'éruption ait paru se cantonner à peu près exclusivement au tronc.

Rechute. — 14 mai. — L'enfant était encore maintenu à la chambre, et la desquamation n'était pas achevée lorsque, le 14 mai, apparut une nouvelle poussée éruptive en tout semblable à la première. Elle occupait les mêmes régions, se composait des mêmes éléments : légère infection diffuse et vésicules miliaires. Enfin comme l'éruption première elle

était peu intense et ne s'accompagnait d'aucun symptôme général. Il y avait aussi un peu de dysphagie et d'infection de l'isthme du gosier.

16 mai. — Quarante-huit heures après, cette seconde éruption avait disparu. La langue de nouveau commençait à se dépouiller.

28 mai. — Une seconde desquamation se produisit peu abondante, mais très nette, surtout à la face antérieure des poignets,

OBSERVATION XVIII

(Hutinel et Bergé, *in* Jeanselme.)

Garçon de trois ans, entré le 10 août 1891 aux Enfants-Assistés pour des oreillons. Outre le gonflement des régions parotidiennes on remarque un aspect vultueux de la face et de la rougeur de la gorge ; aussi craignant le début d'une scarlatine, l'enfant est placé dans une chambre à part.

Le lendemain la température atteint 39°2. Le surlendemain (12 août) une éruption apparaît sous forme de taches ponctuées occupant la face.

13 août. — Sur le thorax et les bras, l'exanthème est uniformément rouge ; mais sur la région lombaire, et la face postéro-externe des cuisses, l'éruption est morbilliforme, la gorge paraît rouge, mais l'exploration est difficile et incomplète à cause de l'indocilité de l'enfant. Il n'y a pas de toux. Les yeux sont un peu rouges. Le front, le nez, les commissures labiales portent des pustules d'impétigo. La température du soir atteint 39°7. Cet ensemble de symptômes est, en somme, peu caractéristique et le diagnostic reste hésitant.

Mais le 14, à la visite, l'éruption est franchement scarlatineuse sur tout le corps, excepté à la partie inférieure du dos et des cuisses. Température 39° 6. L'enfant est aussitôt dirigé sur le pavillon de la scarlatine.

Le soir tout le corps, y compris la face et les oreilles, est recouvert d'un exanthème nettement scarlatineux. La gorge est rouge. Les yeux sont injectés avec prédominance de la conjonctivité palpébrale. Pas de coryza. Râles ronflants. Température 39° 5.

15 août. — L'éruption est à sa période d'acmé. Outre la rougeur diffuse générale, on observe le piqueté caractéristique de la scarlatine. La face et les oreilles sont vergetées. Le cuir chevelu est rosé. La gorge est infectée, les amygdales sont un peu tuméfiées et présentent des zones opalines. Les urines contiennent une quantité notable d'albumine. Température matin 39 degrés, soir 38° 6.

19 août. — L'éruption existe encore, l'angine diminue. Température matin 39° 2, soir 38° 3.

20 août. — L'éruption disparaît. Une desquamation furfuracée s'observe sur presque tout le corps. Température matin 38° 6, soir 39° 4.

21 août. — L'éruption est complètement éteinte. La desquamation continue. La langue ne se dépouille pas. La température s'abaisse, matin 37° 8, soir 38° 4.

Rechute. — 24 août. — Est marqué par une ascension thermique. Température matin 39° 2, soir 38° 7.

L'éruption semble reparaître.

25 août. — Un nouvel exanthème scarlatineux couvre tout le corps. Les amygdales sont tuméfiées, la peau est sèche. Température matin 38° 4, soir 38° 2.

26 août. — L'éruption scarlatineuse diffuse et piquetée reste très nette. Quelques petites taches blanches sur les amygdales tuméfiées. Température, 38° 5.

27 août. — L'éruption persiste. Les amygdales restent volumineuses. La peau est sèche et desquame. Pas d'albumine. Température, 38° 4

28 août. — L'éruption a presque disparu, la desquamation continue. Les cryptes amygdaliennes sont remplies de matière pultacée. Température, 38° 7.

29 août. — La température tombe au-dessous de 38 degrés et oscille à partir de ce jour autour de 37° 5.

4 septembre. — La desquamation n'est pas encore achevée.

OBSERVATION XIX

(Comby)

Il s'agit d'une fillette de quatre ans, que j'ai vue avec mon confrère, le Dr Pallier, le 22 juillet 1895. Cette petite avait été prise de scarlatine normale quinze jours auparavant et elle était en pleine desquamation quand survint une nouvelle poussée généralisée à tout le corps avec une température de 39° 4. En même temps l'enfant était dans la prostration et présentait une diarrhée fétide. Nous prescrivîmes les bains froids, des injections de caféine, des antiseptiques intestinaux.

24 juillet. — Troisième jour de la rechute, l'éruption avait pâli et la malade était dans un état satisfaisant. La guérison a été parfaite.

OBSERVATION XX

(Comby)

Une fillette de six ans, entrée au Pavillon de scarlatine de l'hôpital Trousseau le 16 avril 1896, était au premier jour d'une éruption scarlatineuse qui n'a pas duré moins de huit jours. Pendant les quatre premiers jours, la température a oscillé entre 39 et 40 degrés n'ayant atteint qu'une fois 40° 4. Le neuvième jour la fièvre est à peu près tombée, et la desquamation se voit nettement.

Mais cette défervescence n'est pas durable et le thermomètre marque 39° 6, le lendemain ; il retombe à 37° 8 pour remonter à 39° 4 ; en somme la courbe présente des oscillations inusitées qui font craindre quelques complications.

Il y avait bien eu au début un léger exsudat sur les amygdales, mais il avait cédé aux irrigations et aux badigeonnages de naphthol camphré.

Rechute. — 28 avril. — Quatorzième jour de la maladie, cinq jours après la fin de l'éruption, l'enfant présente une seconde poussée rouge et granitée sur le tronc et les cuisses.

Cette éruption, nettement scarlatiniforme, est frappante au niveau de l'abdomen qui est le siège d'une desquamation en larges lambeaux, sur lesquels la rougeur disparaît.

Le thermomètre marque 39 degrés le soir et il oscille pendant quelques jours entre 38 et 39 degrés ; à partir de la fin de la deuxième éruption qui dura six jours, le thermomètre tombe à 37 5.

Une desquamation nouvelle se déclara se mêlant à l'ancienne

qui n'était pas terminée et enfin la malade guérit après avoir présenté une otite double.

Au début on avait noté une certaine quantité d'albumine qui disparut par la suite.

L'enfant reste pâle et anémique.

OBSERVATION XXI

(Comby)

Hélène B..., âgée de cinq ans, entre le 8 mai 1896 au pavillon d'isolement pour une scarlatine au deuxième jour ; la fièvre n'atteint pas 39 degrés, mais l'éruption est nette et persiste pendant quatre jours avec ses caractères habituels.

11 mai. — La température est à 37 degrés et la desquamation commence.

Rechute. — L'enfant allait très bien lorsque brusquement le 28 mai, elle est reprise de fièvre 39°2 et de mal de gorge.

L'ensemencement montre qu'il s'agit d'une angine à staphylocoques.

29 mai. — La température monte le soir à 40°2 et une deuxième éruption scarlatineuse se déclare. Elle envahit le tronc, les cuisses, la face.

Au bout de quatre jours, l'éruption pâlit, la température tombe à 37 degrés, et l'enfant peut être considérée comme guérie de sa rechute. Aujourd'hui elle n'a que 36°8, et son état général est excellent.

OBSERVATION XXII

(Legendre)

Une enfant que j'ai observée à l'hôpital Trousseau avait eu une scarlatine régulière ; angine moyenne, aucune complication.

Vers le vingtième jour, la desquamation étant à peu près terminée, et l'apyrexie complète, la température s'élève brusquement, en même temps qu'apparaissait un exanthème guttural, suivi le lendemain, d'une éruption scarlatineuse généralisée, aussi typique que la première et à laquelle succéda une nouvelle desquamation. Il n'est pas douteux que tout médecin appelé à voir la malade au moment de la rechute aurait fait le diagnostic de scarlatine régulière.

OBSERVATION XXIII

(Rendu)

Un enfant de trois ans est pris d'une scarlatine intense avec accidents graves d'angine, éruption généralisée, hyperthermie nécessitant les bains. Il guérit de cette première atteinte et vers le onzième jour de la maladie, se met à desquamer franchement, en même temps que la température s'abaisse aux environs de 37 degrés.

Rechute. — Puis sans cause connue, la fièvre se rallume, une nouvelle angine se reproduit suivie, comme la première fois, d'un érythème scarlatiniforme sur le tronc et les mem-

bres ; cet érythème devient hémorragique et l'état général s'aggrave au point que la mort paraît imminente . Cependant contre toute attente, les accidents s'atténuent progressivement, et la guérison survient après une nouvelle poussée de desquamation.

OBSERVATION XXIV

(Roger)

Un Anglais âgé de vingt-deux ans, arrivé au dix-septième jour d'une scarlatine très grave, était à ce moment en pleine desquamation ; mais la température oscillait entre 38 et 38° 5. Le pouls était à 120 ; il y avait de petites eschares du niveau du sacrum ; cependant l'état du malade s'améliorait et depuis deux jours l'urine ne contenait plus d'albumine.

Rechute. — C'est alors qu'apparut une nouvelle éruption qui dès le second jour avait pris un aspect scarlatiniforme net, et au troisième jour s'était généralisée à tout le tégument, n'épargnant que la face ; en même temps les urines devinrent de nouveau albumineuses ; mais il n'y eut pas d'autres manifestations morbides ; la température ne fut pas modifiée et au bout de six jours l'éruption avait disparu ; seulement elle donna lieu à une deuxième desquamation distincte de la première : il y avait deux feuillets de squames superposés. A aucun moment il n'y avait eu d'exanthème.

OBSERVATION XXV

(Roger)

Une Anglaise de vingt-trois ans eut une scarlatine grave avec atrophie, albuminurie, anurie passagère. Au neuvième

jour les manifestations se calmèrent et la desquamation commença ; le 29, les urines n'étaient plus albumineuses.

Rechute. — 1^{er} mai. — On constata une nouvelle éruption bien marquée sur le thorax ; la veille la malade avait éprouvé de la céphalalgie, un peu de mal de gorge, et le soir la température était remontée à 38° 4. Le jour de l'éruption la température se maintint à 38 degrés et dès le lendemain elle revint à la normale.

Ce fut seulement ce jour-là que l'éruption étendue sur tout le tronc atteignit son apogée ; dès le jour suivant elle avait disparu : l'examen de la gorge avait montré un peu de rougeur sur le voile et les piliers.

Quatre jours après la disparition de cet exanthème, c'est-à-dire le 7 mai, on constatait une nouvelle éruption scarlatiforme, limitée à la partie antérieure du thorax. Comme pour la poussée précédente, ce nouvel exanthème avait été précédé pendant vingt-quatre heures, de malaise et d'une élévation de température qui atteint 39 degrés.

7 mai. — La température se maintenait à 38° 5 avec pouls rapide à 110 et urines de nouveau albumineuses.

8 mai. — L'éruption avait diminué, mais la malade éprouvait de violentes douleurs articulaires généralisées et la température oscillait entre 38 et 38° 5 ; le 9 l'état était le même ; le 10 tous les accidents avaient disparu.

OBSERVATION XXVI

(Hénoch)

Garçon de quatre ans, traité en mai 1880 pour une scarlatine à évolution normale ; il sort le 7 juin avec des traces

encore notables de desquamation. Déjà le 9 juin l'enfant était de nouveau malade avec de la courbature et du coryza.

11 juin. — Il revient à la clinique ; depuis la veille le visage, à l'exception du nez, des lèvres et du menton, est couvert comme la peau du reste du corps, dans la plus grande partie de son étendue, d'une rougeur diffuse, confluyente, constituée par des taches roséoliques très serrées. Toute la muqueuse pharyngée est d'un rouge foncé et gonflée ; les amygdales sont couvertes d'un blanc jaunâtre, coryza léger. Température 40 degrés, pouls 144.

Le jour suivant, grande agitation, grande sécheresse dans la gorge, température élevée.

Etat typhoïde à partir du 14, somnolence de plus en plus profonde, exanthème un peu cyanosé ; extrémités froides.

Les excitants (vin, camphre) sont sans action.

Mort le 16, une semaine après le début de la rechute.

Autopsie. — Cœur d'un gris rougeâtre en plusieurs points, ramolli. Ganglions bronchiques très volumineux. Poumons présentant çà et là de l'atélectasie. Muqueuse du larynx et du pharynx très rouge, recouverte d'une fausse membrane récente. Les deux amygdales sont très tuméfiées ; les cryptes sont remplies d'un exsudat croupal. Rate un peu tuméfiée, très ferme. Foie gras. Néphrite parenchymateuse récente.

OBSERVATION XXVII

(Solbrig. *in* Kœrner.)

Enfant ayant eu une première éruption compliquée de méningite et pleurésie. Desquamation.

Rechute. — Six jours après fièvre intense. Eruption sem-

blable. Délire et convulsions. Après sept jours nouvelle desquamation. Guérison. La maladie entière a duré cinq semaines.

OBSERVATION XXVIII

(Sbeinmug. *in* Kørner.)

Petite fille de neuf ans. L'enfant eut une éruption étendue au cou, à la poitrine, au dos, aux membres ; éruption qui disparut après quatre jours ; l'enfant se sentant bien se leva. Cependant l'éruption avait été très intense et la peau tomba en petites écailles.

Peu après les urines devinrent troubles et un léger rhumatisme apparut.

Rechute. — Après trois semaines environ avec maux de tête, vomissements, délire, fièvre, une nouvelle éruption scarlatineuse apparut.

Après huit jours desquamation en grandes écailles suivie de guérison.

OBSERVATION XXIX

(Urpjellberg, résumée.)

Il s'agit d'une enfant de sept ans qui eut une première éruption de scarlatine régulière suivie de desquamation.

Rechute. — La rechute apparut au douzième jour et évolua normalement comme la première atteinte. La desquamation nouvelle dura quatorze jours.

OBSERVATION XXX

(Lœwin, résumée *in* Kœrner.)

Une fillette de neuf ans fut prise de fièvre élevée et de douleurs à la gorge ; au troisième jour apparut une éruption uniforme de scarlatine. Elle se compliqua de pneumonie qui dura sept jours, pendant laquelle la desquamation apparut.

Rechute. — Après environ six semaines apparut une fièvre intense et éruption scarlatineuse très foncée. Malgré de la congestion cérébrale, desquamation nouvelle et guérison.

OBSERVATION XXXI

(Word, résumée *in* Kœrner.)

Garçon de onze ans.

La première atteinte eut lieu avec forte fièvre et violent mal de gorge. L'éruption fut légère, la desquamation intense.

Rechute. — Après vingt-sept jours de maladie apparut, avec des prodromes et des phénomènes généraux modérés, une nouvelle éruption scarlatineuse généralisée, qui disparut après deux jours. Desquamation en écailles. Guérison.

OBSERVATION XXXII

(Landeutte, résumée *id.*)

Un adulte eut en fin décembre une éruption de scarlatine

intense avec fièvre, vomissements, mal de gorge, et suivie d'une desquamation abondante.

Rechute. — Au début de février survint une nouvelle poussée de scarlatine intense qui fut également suivie d'une desquamation abondante.

OBSERVATION XXXIII

(Marshall Hall, résumée *in* Kœrner.)

Un enfant fut pris d'une scarlatine normale, accompagnée des symptômes habituels et qui se termina par la desquamation.

Rechute. — Trois semaines après se produisirent de la fièvre élevée, une angine violente, de la parotidite et apparut une deuxième éruption de scarlatine, si grave cette fois que la mort s'ensuivit.

OBSERVATION XXXIV

(Trojanowski, résumée *in* Kœrner.)

Il s'agit d'un garçon de sept ans qui, avec une fièvre élevée, un mal de gorge intense et un peu d'albuminurie, présenta une première éruption généralisée à tout le corps.

Le huitième jour la fièvre disparut et la desquamation se fit.

Rechute. — Le dix-septième jour reparut de la fièvre, de l'angine, de l'œdème des extrémités ; une deuxième éruption se produisit, bientôt suivie de desquamation et de guérison.

OBSERVATION XXXV

(Le Fèvre, résumée.)

Un enfant avait une première scarlatine qui avait duré trois semaines avec la desquamation, et paraissait en pleine convalescence.

Rechute. — Le vingt-deuxième jour apparut un nouvel exanthème, avec parotidite droite bientôt suppurée, angine et fièvre passagère, suivie de desquamation et de guérison.

OBSERVATION XXXVI

(Trojanowski, résumée.)

Fillette de quatorze ans.

Sa première atteinte fut caractérisée par une fièvre élevée, un exanthème généralisé partout sauf aux pieds ; un peu d'albumine, une angine rouge avec engorgement ganglionnaire. Le septième jour la desquamation débute ; il n'y a plus de fièvre à partir du treizième jour.

Rechute. — Le trentième jour survint avec des phénomènes généraux, angine avec engorgement ganglionnaire, une éruption identique à la première.

La desquamation ne s'étendit qu'à la moitié inférieure du corps.

OBSERVATION XXXVII

(Trojanowski, résumée.)

Un garçon de seize ans eut une première atteinte caractérisée par une fièvre modérée, une éruption habituelle, de la

rachialgie, de l'angine avec engorgement ganglionnaire, une albuminurie sans caractères. La desquamation s'installa rapidement. Il n'y eut plus de fièvre à partir du dixième jour.

Rechute. — Le dix-huitième jour, éruption intense, fièvre élevée, engorgement ganglionnaire, albuminurie avec œdème des extrémités, desquamation en larges écailles. Guérison.

OBSERVATION XXXVIII

(Robbelen, *in* Kœrner.)

Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans.

La première poussée de scarlatine fut caractérisée par de la fièvre, de l'angine, une éruption très nette, en un mot scarlatine normale suivie de desquamation.

Rechute. — Quatre semaines après, avec une angine et une fièvre légère, survint une nouvelle éruption type qui dura quatre jours. La desquamation se fit à nouveau en larges écailles.

OBSERVATION XXXIX

(Wesb, résumée, *in* Kœrner.)

Une petite fille de trois ans et demi, après une rougeole datant de huit jours, fut prise de scarlatine avec mal de gorge, diarrhée, épistaxis (la contagion s'était faite par une sœur).

Rechute. — Le trente-huitième jour se produisit une rechute caractérisée par de l'angine et un exanthème type, une nouvelle desquamation.

Morte dans la suite de pneumonie.

OBSERVATION XL

(Schwarz, résumée.)

Un garçon de huit ans eut une première poussée de scarlatine caractérisée par une fièvre élevée, de l'angine, de l'exanthème et du délire. Six jours après la température tomba à 38 degrés ; la desquamation apparut. La convalescence était complète le quinzième jour.

Rechute. — Le vingt-deuxième jour, réapparut une fièvre élevée, de l'exanthème net d'abord sur le tronc puis aux extrémités, de l'angine diphtérique secondaire, un peu d'albumine. Rapidement se fit la desquamation en larges plaques, et la guérison survint.

OBSERVATION XLI

(Jenner, résumée *in* Kœrner.)

Ce cas concerne une jeune femme de vingt ans.

Première atteinte : après des prodromes d'angine et de vomissements avec fièvre élevée apparut une éruption scarlatineuse classique qui s'effaça le cinquième jour ; desquamation.

Rechute. — Le dix-neuvième jour avec les caractères de la première éruption apparut une dernière poussée avec fièvre, douleurs quidéb uta au tronc et s'étendit aux membres. Desquamation. Guérison.

OBSERVATION XLII

(Thomas-Hillier, résumée, *in* Kœrner.)

Une jeune femme eut une première poussée de scarlatine avec exanthème et angines types, bientôt suivis de desquamation.

Rechute. — Cinq semaines après survint une éruption nouvelle identique, avec fièvre et angine rouge. La desquamation fut moins intense que la première fois.

OSBERVATION XLIII

(Thomas de Leipsig, résumée.)

Sur quatre enfants d'une même famille, trois eurent une rechute.

Premier enfant. — Garçon, neuf ans. Scarlatine apparut normalement bientôt suivie de desquamation.

Rechute. — Quatre semaines et demie après, réapparition d'une éruption avec angine, fièvre, vomissements; rapidement survint la desquamation et la guérison.

Deuxième enfant. — Garçon, sept ans, contracta la scarlatine trois jours après son frère, l'éruption et la maladie évoluèrent normalement.

Rechute. — Quatre semaines après reparut l'éruption scarlatineuse avec des phénomènes généraux passagers, et qui guérit rapidement avec desquamation.

Troisième enfant. — Fille, quatre ans et demie, fut prise de scarlatine en même temps que ses frères.

Rechute. — Onze jours après la première éruption en apparut une seconde qui disparut et desquama rapidement.

Quatrième enfant. — Fille de douze ans, eut une scarlatine normale et ne fit pas de rechute.

A la suite de ces observations de scarlatine avec rechutes, nous avons cru utile de rapporter quelques observations d'érythèmes infectieux scarlatiniformes.

mes survenus dans la convalescence de la scarlatine. La première de ces observations est personnelle. Nous avons recueilli les autres dans la thèse de Girard (Paris, 1900).

OBSERVATION XLIV

(Personnelle, due à l'obligeance de M. Lian,
interne à Claude-Bernard.)

Une femme G..., âgée de vingt-trois ans, entre le 29 avril 1907, à la salle Jenner de l'hôpital Claude-Bernard, pour scarlatine.

Parents bien portants. A eu la rougeole et la coqueluche dans l'enfance.

Le début de l'affection, remonte à trois jours. La malade a éprouvé une vive douleur à la déglutition, de la céphalée. Elle a eu des nausées, des frissons et ressentit un grand malaise général. Elle s'est alitée aussitôt.

Le lendemain la malade a remarqué que sa peau présentait une coloration rouge sur la poitrine, puis l'exanthème s'est étendu peu à peu sur le tronc, les membres et la face.

A l'examen on constate un exanthème scarlatineux typique, présentant son maximum d'intensité aux régions inguinales, puis aux membres inférieurs et à l'abdomen.

Le voile du palais, les amygdales sont rouges. Il y a un léger exsudat pultacé sur l'amygdale gauche. La langue est rouge et présente la desquamation caractéristique.

Poumons. — Murmure vésiculaire normal.

Cœur. — Les bruits sont bien frappés. Il y a un dédoublement inconstant du deuxième bruit.

Foie. — Le foie déborde légèrement le rebord costal et mesure 14 centimètres sur la ligne mamelonnaire.

Rate. — La rate, augmentée de volume, mesure 13 centimètres sur 9 centimètres.

Les urines renferment des traces d'albumine.

2 mai. — La température est normale, l'albuminurie a disparu.

4 mai. — La malade présente de nouveau de la fièvre.

9 mai. — On constate une tuméfaction notable de la région angulo-maxillaire gauche. La peau est rouge, la pression y est douloureuse. On redoute un adéno-phlegmon.

15 mai. — La température s'élève encore davantage, le 14 et le 15 le thermomètre marque 41 degrés le soir. On constate l'apparition d'un érythème rosé, diffus, siégeant sur les membres supérieurs et inférieurs.

16 mai. — L'érythème s'est généralisé au tronc et à la face. La malade n'éprouve pas de douleurs à la déglutition. La langue qui avait repris un aspect sensiblement normal ne présente aucune modification.

Les urines renferment de l'albumine.

18 mai. — La température est retombée à la normale.

23 mai. — On constate l'existence d'une conjonctivite et dacryocystite gauche.

8 juin. — Les lésions oculaires s'aggravant nécessitent le transfert de la malade dans un service d'ophtalmologie.

OBSERVATION XLV

(Girard. — Thèse de Paris, 1900.)

Henriette G..., institutrice, vingt-cinq ans, entre à l'hôpital de la Porte d'Aubervilliers, le 19 avril, au cinquième jour d'une scarlatine très grave, température 40° 2, insomnie, pouls à 128, exanthème intense avec piqueté hémorragique au niveau des membres inférieurs, les amygdales sont recouvertes par un enduit crémeux très épais, dysphagie pénible, les urines peu abondantes renferment une quantité notable d'albumine ; douleurs et tuméfaction au niveau des poignets et des genoux.

Evolution assez rapide de la maladie, le 26 avril, température 37° 5, les douleurs et l'albuminurie ont cessé, desquamation.

1^{er} mai. — Température 38° 5, céphalalgie, un peu de mal de gorge, nouvelle éruption débutant au niveau des flancs et du dos, puis s'étendant à tout le thorax, exanthème bucco-pharyngé très marqué.

2 mai. — Eruption plus intense, nettement scarlatiniforme, quelques douleurs articulaires, température 38 degrés, état général assez satisfaisant ; durée de l'éruption, quarante-huit heures.

7 mai. — Température 39 degrés, pouls rapide à 140, troisième éruption, limitée cette fois à la partie antérieure du thorax, d'une coloration très discrète, gorge normale, de nouveau, urines albumineuses.

8 mai. — Eruption en voie de décroissance, cependant douleurs articulaires généralisées, température 38° 5, le 9, même

état, urines toujours albumineuses, sueurs profuses et gingivite exsudative.

11 mai. — Tous les accidents sont disparus, et le 22 mai, la malade peut sortir de l'hôpital sans aucun reliquat de sa scarlatine.

OBSERVATION XLVI

(Girard. — Thèse de Paris, 1900.)

Louise L..., seize ans, entre dans le service, le 6 décembre, avec scarlatine normale, éruption légère et fugace, température peu élevée, urines normales bien qu'un peu diminuées, convalescence apyrétique le 12.

25 décembre. — La température remonte à 39 degrés et se maintient pendant huit jours entre 38° 2 et 39° 5, otorrhée purulente très abondante.

Apparition de l'albumine. Amygdalite érythémateuse, adénopathies cervicales multiples, douloureuses, érythème discret localisé à la face antérieure du thorax, à l'abdomen et aux plis du coude.

29 décembre. — Otite double, albumine 2 grammes, quelques douleurs dans les masses musculaires et dans les articules des membres inférieurs.

2 janvier. — Albumine 6 grammes.

Du 4 au 8, état général mauvais, fièvre 39° 5, hématuries, albuminurie abondante.

Les jours suivants un mieux sensible se manifeste, otite disparue, l'albuminurie diminue progressivement et à la fin de janvier elle n'est plus que de 25 à 50 centigrammes par jour.

CONCLUSIONS

I. — On peut observer dans la scarlatine des rechutes caractérisées par la reproduction, après l'établissement apparent de la convalescence, de la totalité ou d'une partie des symptômes qui ont traduit la première atteinte.

II. — Ces rechutes se produisent chez les malades qui n'ont pas acquis l'immunité, soit sous l'influence d'une infection exogène nouvelle, soit sous l'influence d'une exaltation de virulence du premier germe.

III. — Relativement rares (15 o/o en moyenne) elles surviennent de préférence chez des enfants, entre le quinzième et trente-cinquième jour de la maladie.

IV. — Les symptômes sont ceux de la première atteinte de la scarlatine.

La langue est toujours framboisée. La desquamation de la peau est plus précoce. La température un peu moins élevée, et la défervescence un peu plus rapide que dans la première atteinte.

V. — Ces rechutes se distinguent des érythèmes infectieux venant compliquer secondairement la

scarlatine pendant la convalescence, et qui s'accompagnent généralement d'autres manifestations streptococciques ou pyohémiques. Elles devront être distinguées :

Des scarlatines associées secondairement à une autre fièvre éruptive (rougeole, rubéole, rash de varicelle ou de variole) ;

Des éruptions médicamenteuses (quinine, antipyrine, belladone, calomel, sérum antidiphtérique).

VI. — Le pronostic de la rechute en elle-même est bénin.

VII. — Le traitement sera :

Préventif et consistera alors surtout dans la désinfection minutieuse de la cavité bucco-pharyngée chez les scarlatineux pendant toute la durée de la convalescence ;

Curatif : analogue au traitement employé dans la scarlatine elle-même (régime lacté, séjour à la chambre...).

Vu : le président de la thèse,
DIEULAFOY

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

ANTONY. — Archives de Médecine et de Pharmacie militaires, t. III, 1884.

BARTHEZ et RILLIET. — Traité clinique et pratique des Maladies des Enfants, t. III, 1854.

BARTHEZ et SANNÉ. — Traité clinique des Maladies des Enfants, 1891.

BARRS. — A case of scarlet fever with complet relapse. (The Lancet, t. II, 21 july 1883.)

BÉCLÈRE. — Comptes rendus de la Soc. méd. des Hôp., juin 1896.

BEZ. — Thèse de Paris, 1877.

BLACHE et GUERSANT. — Dictionn. en 30 vol. Article Scarlatine, 1844.

BODDIE. — Edimburgh medico chirurg. Society. (Séance du 3 juin 1891.)

— British medical Journal, 20 juin 1891.

CATRIN. — Bullet. Sociét. méd. des Hôp., 20 mars 1896.

CHEVALET. — Thèse de Paris, 1892.

CHAUFFART. — Pneumonie franche à Rechute. Presse médicale, 1899. Conférence recueillie par M. V. Griffon.

CHAUFFART. — Bulletin de la Soc. Méd. des Hôpitaux, décembre 1895.

COMBY. — Comptes rendus de la Soc. Méd. des Hôpitaux, juin 1896.

— Bulletin de la Soc. Méd. des Hôpitaux, 10 janvier 1896.

DIEULAFOY. — Manuel de Pathologie int. 14^e édition, t. IV, p. 40.

DOLEGA. — Deutsche Archiv. für Klin. Medic., 1889, p. 125.

EISENMANN. — Schmidt's, Jarh., 1842.

ESCHERISCH. — Résultats de la Sérothérapie de Moser de la Scarlatine à la Clinique des Enfants de l'Université de Vienne. Wiener Klinische Wochenschrift, 4 juin 1903.

FÉRÉOL. — Pseudo-exanthème scarlatin récidivant. Union médicale, 1876.

FIESSINGER. — Erythèmes scarlatinoïdes. Semaine médicale, 1894.

FRANCK (Joseph). — Traité de pathologie interne, 1838-1849.

FOORD-CAIGER. — An analysis of 1.008 cases of scarlet fever admitted into the Southwestern fever hospital during the year 1890. The Lancet, 6-13 juin 1891.

GAUPP. — Cité par Kœrner. Bericht ueber eine Scharlachepidemia in Jahre 1854, in Schorndorff. Württ. Corresp., 1856 XXVI.

GEHRARDT. — Deutsche Arch. für Clin. Medic., XI, 1874.

GIRARD. — Thèse de Paris, 1900, n° 276.

GESCHWIND. — Archives de Médecine et pharmacie militaires, t. I, 1884.

GUINON. — In Traité de Médecine, Charcot-Bouchard-Bris-saud, t. II, 1896.

HAMBURGER et MORO. — Wiener Klinische Wochenschrift, juin 1903.

HAMILTON. — Edimburg Medical and surgical journal, janvier 1833.

— Résumé in Gazette Médicale de Paris, 1833.

HENOCH. — Leçons cliniques sur les maladies des Enfants. Trad. française, 1885, p. 533.

— Charite Annalen, VII, 1882, p. 661.

HENRY. — Thèse de Paris, 1904.

HUTINEL. — Notes sur quelques Eryth. infect. Arch. génér. méd., sept. et oct. 1892.

— In Jeanselme. Arch. de Méd., 1892, t. I, p. 690.

HUTTENBRENNER. — Jahr. f. Kinderh., t. X, 1876.

JEANSELME. — Arch. gén. de Méd., juin-juillet 1892.

KOERNER. — Ueber Scharlach recidiv. Jahr. f. Kinderheilk, t. IX, 1876.

KRAUSS. — Wurt. Corresp., 1855, p. 18.

LEFÈVRE. — Journal für Kinderkrank.

LEGENDRE. — Soc. méd. des Hôpitaux, juin 1896.

LEMOINE. — Bulletins de la Soc. méd. des Hôp., juillet 1896 et décembre 1895.

LEWIN. — Journal f. Kinderkrank, 42, p. 94.

LAUGIER. — Gazette des Hôpitaux, 1871.

MARFAN et APERT. — Bulletins de la Soc. méd. des Hôp., mai 1896.

MOIZARD. — In Traité des Maladies de l'Enfance, t. I, p. 139

MOREL-LAVALLÉE. — Revue de Médecine, juin 1891.

MOUREYRE. — Thèse de Paris, 1899.

- MONTEUX et LOP. — Scarlatine à poussées successives. Congrès de Médecine, avril 1898. Gaz. des hôp., 1898, p. 499.
- NOIROT. — Histoire de la Scarlatine, 1825, p. 69.
- PÉRIGORD. — Journal de la Soc. Méd. de la Haute-Vienne, Limousin Médical, juin 1896.
- RAYER. — Traité théorique et pratique des Maladies de la Peau, t. I, p. 1835.
- RENDU. — Bulletin de la Soc. Méd. des hôp., juin 1896.
- RICHARDIÈRE et KAUFFMANN. — La Clinique infantile, 15 nov. 1903.
- RICHARDSON (I.). — Clinical History of scarlet fever. London, 1887.
- ROGER. — Bulletin de la Soc. Méd. des hôp., juin 1896.
- Revue de Médecine, août 1897.
 - Les Maladies Infectieuses, 1902, p. 654.
 - Revue de Médecine, avril-mai 1899.
 - Revue de Médecine, avril-mai 1900.
 - Revue de Médecine, mai-juin-juillet 1901.
- SALLARD. — In Manuel de Médecine. Debove et Achard, t. VIII.
- SANNÉ. — Article Scarlatine du Dictionnaire Dechambre.
- SÉNATOR. — Berliner Klinische Wochenschrift, 1889 n° 24, p. 533.
- SEVESTRE. — Bulletins de la Soc. méd. des Hôpitaux, janvier 1896.
- SOLBRIG. — Schmidt's Jahr.
- SEITZ (C.). — Etude sur la scarlatine. Münchner med. Wochenschrift, 1898, n° 3, p. 76.

STICKLER. — Scarlatine expérimentale. *Medic. Rec.*, 1899, n° 1505.

STEINMUG. — Ehrfahrungen und betrachtungen uber das Scharchfieber. Karlsruhe, 1828.

THOMAS. — *Archiv. für heilkunde*, p. 458, 1869.

— *Infect. Krankheiten*, t. II, 1874.

THOMAS-HILLIER. — *Journal für Kinderkrankheiten*, 39, p. 392.

TROJANOWSKI. — *Dorp. med. Zeitschrift.*, I, p. 297.

WEST. — *Journal für Kinderk.*, 39, p. 391.

WOOD. — *Schmidt's Jahr. Suppl.*, I, p. 115.

WURTZ. — In *Traité de Médecine et Thérapeutique Brouardel et Gilbert*, I.

WIDAL. — *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux*, mars 1896.